



Bestätigung der Annahme für das Sozialpraktikum durch die Einrichtung

Schulischer Ansprechpartner: Herr T. Becker
Tel.: 0621 / 701027 (Sekretariat der Schule)

Name des Schülers / der Schülerin: _____

Name und Anschrift der Einrichtung: _____

Hinweis: Die Absolvierung des Sozialpraktikums in Kindergärten oder Grundschulen ist nur bedingt zulässig: siehe „Ergänzung / Erläuterung“)

Ansprechpartner in der Einrichtung: _____
(Name und Tel.-Durchwahl)

Zeitlicher Umfang des Praktikumeinsatzes Uhrzeit: von _____ bis _____

(Hinweis: Der zeitliche Umfang des Praktikumeinsatzes sollte insgesamt etwa 25-30 Stunden betragen.)

Ergänzung / Erläuterung: _____

Bei Kindergärten: Tätigkeit ausschließlich im Zusammenhang mit der Integration behinderter oder sozial benachteiligter Kinder
Bei Grundschulen: Tätigkeit nur im Bereich sozialpädagogischer Betreuung

Es wird bestätigt, dass der obengenannte Schüler / die obengenannte Schülerin in unserer Einrichtung für das Sozialpraktikum des Geschwister-Scholl-Gymnasiums vom Zeitraum _____ angenommen wurde.

Datum und Unterschrift _____